

SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Nota Técnica Conjunta DEAF/SES-RS - COSEMS/RS nº. 04/2022

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2022.

ASSUNTO: Atualiza as informações sobre a renovação da continuidade de tratamentos e a lista de medicamentos com dispensação antecipada nas Farmácias de Medicamentos Especiais do Estado do Rio Grande do Sul, informadas na Nota Técnica Conjunta DEAF/SES-RS-COSEMS/RS nº 03/2022.

1. DESTINATÁRIOS

- Responsáveis de Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS);
- Farmácias de Medicamentos Especiais;
- Demais centros e unidades de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e do Programa de Medicamentos Especiais.

2. RENOVAÇÕES DA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO E ADEQUAÇÕES

Será realizada nova prorrogação automática das renovações de tratamentos de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e dos medicamentos e fórmulas nutricionais do Programa de Medicamentos Especiais disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde, conforme extensão do período de duração das flexibilizações das regras de execução do CEAF no Ofício Circular Nº7/2022/SCTIE/GOGAD/SCTIE/GAB/SCTIE/MS.

Dessa forma, para os tratamentos com validade de deferimento durante ou até dezembro de 2022, será realizada a prorrogação automática até a data de **31 de março de 2023**, sendo adicionados extratos necessários para cada caso, sem que haja a necessidade de apresentação de novos

GNS

1



documentos nesse período. A **prorrogação será efetuada somente para os casos em que houve pelo menos uma dispensação entre os meses de outubro a dezembro de 2022**. Para que a estratégia tenha êxito, as farmácias deverão comunicar os usuários que não será necessária a renovação da solicitação de tratamento.

Caso algum usuário entregue os documentos para a renovação, a farmácia deverá receber, cadastrar no sistema AME e encaminhar para avaliação técnica, conforme operação de rotina. Nesses casos, as solicitações de renovação que ocorrerem a partir de dezembro, se autorizadas por até 6 (seis) meses, possibilitarão atendimento posterior a março de 2023, a depender do mês de cadastro da reavaliação do tratamento. Tal fato torna-se importante para que não haja necessidade de todos os usuários realizarem a renovação em um curto período no próximo ano. Destaca-se, também, que a extensão do prazo para dispensação dos medicamentos e fórmulas nutricionais sem a necessidade de laudo e receita médica ocorrerá apenas para os casos que não houver mudança na posologia ou tratamento. Para os demais casos, permanece a orientação descrita na Nota Técnica Conjunta CPAF/SES-RS - COSEMS/RS nº.03/2020.

Reforça-se a informação de que este Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF) disponibilizou uma ferramenta para que seja possível que o usuário realize o agendamento das renovações/adequações nas FME que utilizarão esse serviço. Essa ação visa diminuir a formação de filas e garante um atendimento mais ágil ao cidadão, permitindo que o usuário agende um horário, a partir de um calendário parametrizado pelo Município, para que ele possa levar presencialmente os documentos. Os municípios que tiverem interesse em agendar as reavaliações devem encaminhar os seguintes dados: endereço completo da farmácia, telefone, horário de atendimento ou horário que a agenda fique aberta e o intervalo entre os atendimentos. Dúvidas e a solicitação devem ser encaminhadas para suporte-ame@saude.rs.gov.br, com o título: "INFORMAÇÕES AGENDAMENTO ONLINE". Após realizar o cadastro com o DEAF, o município deve informar seus usuários e orientá-los em relação a esta opção remota.

3. DISPENSAÇÃO ANTECIPADA

Nos Anexos I a IV desta Nota Técnica encontram-se os medicamentos e dietoterápicos que poderão ser dispensados para 3 ou 2 meses e que podem beneficiar 124.258 tratamentos. Essas listas substituem os Anexos da Nota Técnica Conjunta DEAF/SES-RS - COSEMS/RS nº. 03/2022 e será continuamente revista, a partir da cobertura de estoque em nível estadual.

Os Anexos I e II desta Nota Técnica contêm 138 medicamentos que poderão ser dispensados antecipadamente para até 3 (três) meses. Os Anexos III e IV possuem as listas com 97 medicamentos e 11 dietoterápicos cuja dispensação poderá ser realizada para até 2 (dois) meses de consumo.

A dispensação antecipada deverá ser realizada respeitando o prazo máximo de renovação dos tratamentos. Destaca-se que é fundamental que seja avaliada continuamente a gestão de estoques das unidades para que não ocorram faltas dos medicamentos para outros usuários.

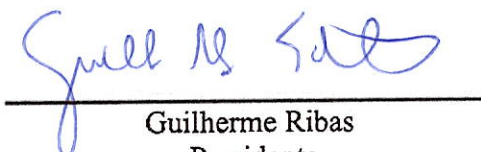
Para que possa ocorrer o devido abastecimento desses medicamentos na rede para a realização da dispensação antecipada, é fundamental a articulação de Municípios, Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), almoxarifado central de medicamentos (DAF) e fornecedores de entregas descentralizadas. À DAF caberá o envio dos medicamentos constantes nos Anexo I a IV para as CRS, caso sejam solicitados, para abastecimento de 2 a 3 meses, conforme anexos. Às CRS caberá o levantamento da demanda dos medicamentos dos municípios da sua região para quantidades maiores de dispensações para suprimento da rede e articulação com fornecedores de entregas descentralizadas, se for o caso. Aos municípios caberá a retirada dos medicamentos com dispensação antecipada para 2 ou 3 meses de abastecimento junto às CRS de sua região, devendo comunicar aos usuários que possuem tratamentos relacionados a esses medicamentos.

Para os medicamentos termolábeis constantes nos anexos II e IV, a DAF receberá o posicionamento via Coordenadorias Regionais de Saúde (da 2ª a 18ª CRS), que deverão encaminhar pedido dos medicamentos solicitados com a quantidade a maior de cada item, devendo ser enviada até 10 dias antes do início da distribuição do medicamento para sua CRS. Outra alternativa refere-se à solicitação por meio de guia extra, ficando a cargo das CRS a responsabilidade de retirada dos medicamentos na DAF. Importante ressaltar que a quantidade deve ser enviada por CRS e não por município. Caso a DAF não receba um posicionamento até a data acima definida, será enviada a demanda usual por CRS. O armazenamento dos medicamentos termolábeis deverá ser articulado entre as CRS e os municípios de sua região. Assim que a guia for emitida não serão aceitas devoluções. Os municípios da área de abrangência da 1ª CRS deverão encaminhar pedido diretamente à DAF, por meio do e-mail extrasmunicipios@saude.rs.gov.br a quantidade que conseguirem armazenar dos medicamentos termolábeis conforme Anexos II e V.

Atenciosamente,



Simone Pacheco Amaral
Diretora
DEAF/SES/RS



Guilherme Ribas
Presidente
COSEMS/RS

ANEXO I - Lista de medicamentos e dietoterápicos passíveis de dispensação antecipada para até 3 meses, desde que o estoque disponível na Farmácia garanta o atendimento de todos os pacientes.

| Cód AME | AUTORIZADA DISPENSAÇÃO ANTECIPADA PARA ATÉ 3 MESES |
|------------|--|
| 3288 | ACETAZOLAMIDA 250MG COMPRIMIDO |
| 3354 | AZATIOPRINA 50MG COMPRIMIDO |
| 3402 | CALCITRIOL 0,25MCG CAPSULA MOLE |
| 3686 | HIDROXIUREIA(HIDROXICARBAMIDA) 500MG CAPSULA |
| 3720 | DANAZOL 100MG CAPSULA |
| 4008 | SULFASSALAZINA 500MG COMPRIMIDO |
| 6668 | PIRIDOSTIGMINA,BROMETO 60MG COMPRIMIDO |
| 6825 | CICLOSPORINA 100MG/ML SOL.ORAL FR.50ML |
| 7032 | ACIDO FOLINICO (FOLINATO DE CALCIO) 15 MG COMPRIMIDO |
| 7298 | GOSSERRELINA,ACETATO 3,6MG IMPLANTE SUBCUTANEO |
| 7496 | CICLOSPORINA 25MG CAPSULA MOLE |
| 7509 | NAPROXENO 500MG COMPRIMIDO |
| 7890 | PENICILAMINA 250MG CAPSULA |
| 7891 | LACTULOSE 667MG/ML XAROPE |
| 8354 | CLARITROMICINA 500MG CP/CAP |
| 9211 | AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO |
| 9215 | URSODESOXICOLICO, ACIDO 150MG COMPRIMIDO |
| 9510 | TACROLIMO 1MG CAPSULA |
| 9542 | CLINDAMICINA,CLORIDRATO 300MG CAPSULA |
| 9593 | LEVOTIROXINA SODICA 75MCG |
| 9609 | ATORVASTATINA CALCICA 10MG COMPRIMIDO |
| 9612 | DOXAZOSINA,MESILATO 2MG |
| 9615 | DORZOLAMIDA 20MG/ML(2%) + TIMOLOL 5MG/ML(0,5%) (COLIRIO) |
| 9619 | GLIMEPIRIDA 4MG |
| 9620 | PANTOPRAZOL 20MG |
| 9627 | CIPROFIBRATO 100MG COMPRIMIDO |
| 9630 | MESALAZINA 400MG COMPRIMIDO |
| 9633 | DEFLAZACORTE 30MG |
| 9641 | HIDROXICLOROQUINA,SULFATO 400MG COMPRIMIDO |
| 9671 | ANASTROZOL 1MG |
| 9678 | BEZAFIBRATO 400MG COMPRIMIDO LIB.PROLONGADA |
| 9697 | LINEZOLIDA 600MG COMPRIMIDO |
| 9722 | PILOCARPINA,CLORIDRATO 20MG/ML(2%) SOL.OFTALMICA FR.10ML |
| 9723 | FORMOTEROL,FUMARATO 12MCG CAPSULA INALACAO |
| 10238 | SOTALOL 160MG |
| 10249 | MESALAZINA 1000MG SUPOSITORIO RETAL |
| 10261 | LEVOFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO |
| 10270 | GINKGO BILOBA 80MG (FITOT.) |
| 10273 | TEMOZOLOMIDA 20MG |
| 10283 | BEZAFIBRATO 200MG COMPRIMIDO |
| 10287 | RALOXIFENO,CLORIDRATO 60MG COMPRIMIDO |
| 10296 | OXIBUTININA,CLORIDRATO 1MG/ML SOL.ORAL |
| 10360 | ATORVASTATINA CALCICA 20MG COMPRIMIDO |
| 10361 | GENFIBROZILA 900MG COMPRIMIDO |

| | |
|-------|---|
| 10376 | LETROZOL 2,5MG (CP REVEST.) |
| 10441 | CLONIDINA,CLOR. 0,1MG |
| 10442 | (JUDICIAL)ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML SOL INJ SC |
| 10452 | FENOFIBRATO 200MG CAPSULA |
| 10463 | ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (INJ. SC) |
| 10487 | SALMETEROL,XINAFOATO 50MCG + FLUTICASONA 250MCG PO INAL 60 DS |
| 10490 | MOMETASONA 50MCG/DOSE SPRAY NASAL 120DS |
| 10605 | VALSARTANA 160MG |
| 10627 | SALMETEROL,XINAFOATO 50MCG + FLUTICASONA 500MCG PO INAL 60 DS |
| 10640 | CLOBETASOL,PROPIONATO 0,5MG/G CREME BISN.30G |
| 10677 | IMATINIBE,MESILATO 100MG COMPRIMIDO |
| 10983 | ATENOLOL 50MG + CLORTALIDONA 12,5MG |
| 11006 | DIACEREINA 50MG |
| 11052 | MESALAZINA 10MG/ML ENEMA RETAL FR.100ML |
| 11057 | PLANTAGO OVATA FORSK ENVELOPE PO DISPERSAO ORAL |
| 11075 | FENOFIBRATO 250MG CAPSULA LIB. PROLONGADA |
| 11086 | LOSARTANA POTASSICA 100MG + HIDROCLOROTIAZIDA 25MG |
| 11087 | RISEDRONATO SODICO 35MG COMPRIMIDO |
| 11328 | MICOFENOLATO DE SODIO 180MG COMPRIMIDO |
| 11830 | CICLOBENZAPRINA,CLOR. 5MG |
| 11831 | CILOSTAZOL 100MG |
| 11951 | SALMETEROL,XINAFOATO 25MCG + FLUTICASONA 250MCG (SPRAY) 120DS |
| 11981 | CILOSTAZOL 50MG |
| 11998 | DANAZOL 200MG CAPSULA |
| 12410 | ATORVASTATINA CALCICA 80MG COMPRIMIDO |
| 12412 | COMPLEM.ALIM. P/FENILCETONURICOS 1-8 ANOS (PKU 2) 500G |
| 12420 | MONTELUCASTE SODICO 4MG CP/CAP |
| 12609 | ACETILCISTEINA 600MG (ENVELOPE) 5G |
| 12613 | GLICOSAMINA,SULF. 1,5G + CONDROITINA 1,2G (SACHE/ENV) |
| 12621 | FORMOTEROL,FUMARATO 6MCG + BUDESONIDA 200MCG CAPSULA INALACAO |
| 12622 | ATORVASTATINA CALCICA 40MG COMPRIMIDO |
| 12630 | BOSENTANA 62,5MG COMPRIMIDO |
| 12631 | BOSENTANA 125MG COMPRIMIDO |
| 12655 | BISOPROLOL,FUM. 5MG |
| 12677 | VALGANCICLOVIR,CLORIDR. 450MG |
| 12689 | IMATINIBE,MESILATO 400MG COMPRIMIDO |
| 12725 | GLICOSAMINA,SULF. 500MG + CONDROITINA 400MG |
| 12741 | BISOPROLOL,FUM. 10MG |
| 12764 | DEFERIPRONA 500MG COMPRIMIDO |
| 12772 | ESOMEPRAZOL MAGNESIO 20MG |
| 12775 | AC.ACETILSALICILICO 81MG COMP REV |
| 12809 | ANLODIPINO,BESIL. 5MG + VALSART. 160MG |
| 13160 | ILOPROSTA 10MCG/ML SOL.NEBULIZACAO AMP.1ML |
| 13181 | SUNITINIBE,MALATO 50MG CP. |
| 13190 | SITAGLIPTINA,FOSFATO 100MG CP/CAP |
| 13243 | BORTEZOMIBE 3,5MG PO SOL.INJ. |
| 13515 | ROSUVASTATINA CALCICA 20MG |

| | |
|-------|--|
| 13602 | ONDANSETRONA,CLORIDRATO 4MG COMPRIMIDO |
| 13705 | BISOPROLOL, 2,5MG |
| 13713 | TACROLIMO 1MG/G(0,1%) POMADA 30G |
| 13744 | OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG + HIDROCLOROTIAZIDA 25MG |
| 13760 | CICLOSPORINA 0,5MG/ML(0,05%) (EMULSAO OFTALMICA) 0,4ML (FLACONETES) |
| 13785 | BIMATOPROSTA 0,3MG/ML + TIMOLOL,MAL. 5MG (COLIRIO) |
| 13883 | VALSARTANA 320MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG |
| 14243 | SUNITINIBE,MALATO 12,5MG CP. |
| 14310 | METFORMINA,CLOR. 850MG + SITAGLIPTINA 50MG |
| 14560 | TIOTROPIO,BROMETO 2,5MCG SOL.INALATORIA 60 DOSES |
| 14657 | OLMESARTANA MEDOXOMILA 40MG + ANLODIPINO 5MG |
| 15043 | DABIGATRANA,ETEXILATO DE 110MG |
| 15221 | INDACATEROL,MALEATO DE 150MCG CAPS INALATORIA |
| 15236 | TADALAFILA 5MG |
| 15249 | SOLIFENACINA,SUCCINATO 5MG |
| 15331 | DABIGATRANA,ETEXILATO DE 150MG |
| 15762 | AMBRISENTANA 5MG COMPRIMIDO |
| 15807 | LINAGLIPTINA 5MG (CP.REVEST.) |
| 15808 | TICAGRELOR 90MG |
| 15809 | CABAZITAXEL 60MG/1,5ML |
| 15829 | (JUDICIAL)FINGOLIMODE 0,5MG CAPSULA |
| 16145 | RIVAROXABANA 10MG |
| 16221 | ABIRATERONA,ACETATO 250MG CP/CAP |
| 16320 | RIVAROXABANA 15MG |
| 17985 | ANLODIPINO 10MG+ VALSARTANA 320MG+ HIDROCLORTIAZIDA 25MG |
| 18157 | FLUTICASONA 100MCG+ VILANTEROL 25MCG (PO INALATORIO) |
| 18224 | RUXOLITINIBE 20MG |
| 18260 | LINAGLIPTINA 2,5MG + METFORMINA 850MG |
| 18274 | DASATINIBE MONOIDRATADO 100 MG COMPRIMIDO |
| 18281 | FLUTICASONA 200MCG+ VILANTEROL 25MCG(PO INALATORIO) |
| 18610 | OLODATEROL (CLOR) 2,5MCG SOLUCAO INALATORIA + INALADOR |
| 18614 | GLICOPIRRONIO, BROMETO 50 MCG CAPS C/ PO INALAT + INALADOR |
| 18638 | CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMIDO |
| 18674 | PIRFENIDONA 267MG CP/CAP. |
| 18915 | AXITINIB 5MG |
| 18916 | MIRABEGRONA 50MG CP.LIB.PROL. |
| 19233 | ALOGLIPTINA, BENZ 12,5MG+ METFORMINA, CLOR 1000MG |
| 19243 | ALOGLIPTINA,BENZ 12,5MG+METFORMINA,CLOR 850MG |
| 19774 | BECLOMETASONA 100MCG + FORMOTEROL 6MCG+ GLICOPIRRONIO 12,5MCG SOL INAL |

ANEXO II - Lista de medicamentos termolábeis passíveis de dispensação antecipada para até 3 meses, desde que o estoque disponível na Farmácia garanta o atendimento de todos os pacientes e haja estruturação da rede frio para garantia da qualidade do armazenamento.

| Cód AME | MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS - AUTORIZADA DISPENSAÇÃO ANTECIPADA PARA ATÉ 3 MESES |
|------------|--|
| 9556 | OCTREOTIDA, ACETATO 10MG PO SUSP. INJETAVEL #CAM.FRIA# |
| 10550 | (HERCEPTIN-JUD) TRASTUZUMABE 440MG #CAM.FRIA# |
| 11829 | LATANOPROSTA 50MCG + TIMOLOL 5MG (COLIRIO) #CAM.FRIA# |
| 13803 | INSULINA ASPARTE 100UI/ML SOL. INJETAVEL FR. 3ML #CAM.FRIA# |
| 14146 | CETUXIMABE 5MG/ML(100MG/20ML) (INJ.) 20ML #CAM.FRIA# |
| 15818 | SAPROPTERINA, DICLORIDRATO 100MG COMPRIMIDO #CAMARA FRIA# |
| 17699 | BELIMUMABE 400MG PO LIOF INJ(80MG/ML)#CAM.FRIA# |
| 19710 | DURVALUMABE 50MG/ML (FRASCO AMPOLA 10ML)#CAM.FRIA# |

ANEXO III - Lista de medicamentos e dietoterápicos passíveis de dispensação antecipada para até 2 meses, desde que o estoque disponível na Farmácia garanta o atendimento de todos os pacientes.

| Cód AME | AUTORIZADA DISPENSAÇÃO ANTECIPADA PARA ATÉ 2 MESES |
|------------|---|
| 3434 | CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO |
| 3660 | HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SOL.INJETAVEL SC |
| 3830 | PRIMIDONA 250MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 3853 | NITRAZEPAM 5MG *PT.344/L.B1* |
| 3965 | CLONAZEPAM 2MG COMPRIMIDO *PT.344/L.B1* |
| 3966 | CLONAZEPAM 0,5MG COMPRIMIDO *PT.344/L.B1* |
| 4005 | SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MGCOMPRIMIDO |
| 4046 | TIORIDAZINA,CLORIDRATO 100MG CP/CAP *PT.344/L.C1* |
| 4052 | TRIEXIFENIDIL, CLORIDRATO 5MG COMPRIMIDO*PT.344/L.B1* |
| 4076 | DOXICICLINA 100MG COMPRIMIDO |
| 6425 | LORAZEPAM 2MG *PT.344/L.B1* |
| 6664 | CICLOSPORINA 50MG CAPSULA MOLE |
| 7376 | LAMOTRIGINA 100MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 7533 | BROMOPRIDA 10MG CP/CAP |
| 7590 | OXIBUTININA,CLORIDRATO 5MG COMPRIMIDO |
| 7613 | VIGABATRINA 500MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 7650 | MIDAZOLAM 15MG *PT.344/L.B1* |
| 7651 | CLOBAZAM 20MG COMPRIMIDO *PT.344/L.B1* |
| 7843 | RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 8467 | ALPRAZOLAM 1MG *PT.344/L.B1* |
| 9106 | URSODESOXICOLICO, ACIDO 50MG COMPRIMIDO |
| 9506 | ACITRETINA 25MG CAPSULA *PT.344/L.C2* |
| 9508 | HIDROXIDO FERRICO,SACARATO 20MG/ML SOL.INJETAVEL FR.5ML |
| 9535 | RISPERIDONA 3MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 9547 | ISOTRETINOINA 20MG CAPSULA MOLE *PT.344/L.C2* |
| 9550 | OXCARBAZEPINA 600MG *PT.344/L.C1* |
| 9551 | OXCARBAZEPINA 60MG/ML SUSP.ORAL FR.100ML *PT.344/L.C1* |
| 9564 | BROMAZEPAM 6MG *PT.344/L.B1* |
| 9572 | TOPIRAMATO 100MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 9577 | PAROXETINA,CLOR. 20MG *PT.344/L.C1* |
| 9589 | AC.ACETILSALICILICO 100MG (CP.REVEST./LIB.ENT./TAMP.) |
| 9605 | RIVASTIGMINA 1,5MG CAPSULA *PT.344/L.C1* |
| 9606 | RIVASTIGMINA 3MG CAPSULA *PT.344/L.C1* |
| 9614 | RIVASTIGMINA 6MG CAPSULA *PT.344/L.C1* |
| 9634 | SERTRALINA,CLOR. 50MG *PT.344/L.C1* |
| 9644 | FORM.INFANTIL ORIGEM VEG.ISOL.SOJA 2 800G |
| 9660 | TOPIRAMATO 25MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 9661 | TOPIRAMATO 50MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 9664 | FLUTICASONA,PROPION. 250MCG/DS (SPRAY ORAL) |
| 9685 | AMANTADINA,CLORIDRATO 100MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 9717 | VENLAFAXINA,CLOR 75MG LIB.PROL.*PT.344/L.C1* |
| 9720 | MIRTAZAPINA 30MG *PT.344/L.C1* |
| 10239 | VALSARTANA 160MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5MG |

| | |
|-------|--|
| 10240 | CLOBAZAM 10MG COMPRIMIDO *PT.344/L.B1* |
| 10264 | CLOMIPRAMINA 75MG (LIB.LENTA) *PT.344/L.C1* |
| 10275 | TEMOZOLOMIDA 250MG |
| 10345 | FORM.INFANTIL ANTI-REGURGITACAO 800G (NAN AR/APTAMIL AR) |
| 10408 | LEITE EM PO PEDIATRICO C/VIT. + MINERAIS 400G (PEDIASURE) |
| 10417 | ALPRAZOLAM 0,5MG *PT.344/L.B1* |
| 10425 | PANTOPRAZOL 40MG |
| 10480 | FORM.DE SOJA S/LACT. S/SACAROSE 300G |
| 10482 | LAMOTRIGINA 25MG COMPRIMIDO *PT.344/L.C1* |
| 10579 | ISOTRETINOINA 10MG CAPSULA MOLE *PT.344/L.C2* |
| 10594 | DIVALPROATO DE SODIO 250MG CP/CAP. *PT.344/L.C1* |
| 10595 | CAPECITABINA 500MG |
| 11089 | FORM.NUTRICIONAL S/LAC/SAC HIDR.PROT. 400G (PREGOMIN PEPTI) |
| 11102 | DIVALPROATO DE SODIO 500MG CP/CAP.*PT.344/L.C1* |
| 11324 | PAROXETINA,CLOR. 30MG *PT.344/L.C1* |
| 11329 | MICOFENOLATO DE SODIO 360MG COMPRIMIDO |
| 11361 | ALIM.BASE PEPTIDEOS P/CRANCAS 400G (PEPTAMEN JUNIOR) |
| 11385 | SALMETEROL,XINAFOATO 25MCG + FLUTICASONA 125MCG (SPRAY)120 DS |
| 11997 | PAROXETINA,CLOR. 10MG *PT.344/L.C1* |
| 12229 | COMPLEM.ALIM. P/FENILCETONURICOS 0-1 ANOS (PKU 1) 500G |
| 12434 | COMPLEM.ALIM. P/FENILCETONURICOS A PARTIR 8 ANOS (PKU 3)500G |
| 12626 | PANCREATINA 10.000UI CAPSULA |
| 13077 | PAROXETINA,CLOR. 25MG *PT.344/L.C1* |
| 13350 | GLICOSAMINA,SUL 1,5G (SACHE/ENV) 3,9 5G |
| 13382 | IBANDRONATO DE SODIO/AC.IBANDRONICO 150MG |
| 13472 | ANLODIPINO,BESIL. 5MG + VALSARTANA 320MG |
| 13538 | ARIPIPAZOL 10MG *PT.344/L.C1* |
| 13722 | ACITRETINA 10MG CAPSULA *PT.344/L.C2* |
| 13769 | VENLAFAXINA,CLOR. 37,5MG LIB.PROL.*PT.344/L.C1* |
| 13837 | ETOSUXIMIDA 50MG/ML XAROPE FR.120ML *PT.344/L.C1* |
| 13876 | ANLODIPINO,BESIL 10MG + VALSARTANA 320MG |
| 14182 | MANIDIPINO,DICLOR. 10MG |
| 14201 | METFORMINA,CLOR. 1000MG + SITAGLIPTINA 50MG |
| 14210 | DESVENLAFAXINA 50MG (LIB.RETARD.) *PT.344/L.C1* |
| 14573 | DIVALPROATO DE SODIO 125MG CP/CAP *PT.344/L.C1* |
| 14576 | EVEROLIMO 10MG |
| 15237 | PRAMIPEXOL 0,375MG CP.LIB.PROL.*PT.344/L.C1* |
| 15312 | LENALIDOMIDA 15MG *PT.344/L.C3* |
| 16245 | SUPLEM.ALIM. C/VIT. + MINERAIS PO INFANTIL |
| 16404 | ZOLPIDEM,HEMITART. 5MG SUBLINGUAL*PT.344/L.B1* |
| 16441 | FLUVOXAMINA,MALEATO 50MG *PT.344/L.C1* |
| 17531 | (NOLVADEX D-JUD) TAMOXIFENO 20MG COMPRIMIDO |
| 17940 | FORMULA INFANTIL EM PO DE AMINOACIDOS 100% LIVRES |
| 18044 | FORM INFANTIL 1.0KCAL/ML COMPLETA S/ SACGLU C/LACT PO 400G (INFATRINI) |
| 18111 | COLECALCIFEROL (VIT. D3) 70B214:824800UI |
| 18679 | REGORAFENIBE 40MG |
| 18742 | DORZOLAMIDA, CLORIDRATO 20MG/ML SOL.OFTALMICA FR.5ML |

| | |
|-------|---|
| 19010 | FORMOTEROL, FUM 12MCG+ FLUTICASONA,PROP 250MCG CAPS PO INALAT |
| 19228 | BRIMONIDINA 2MG/ML SOL.OFTALM FR 5ML |
| 19570 | BIOTINA 2,5MG CAPSULA |
| 19779 | (JUDICIAL)IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G SOL INJ |

ANEXO IV - Lista de medicamentos termolábeis passíveis de dispensação antecipada para até 2 meses, desde que o estoque disponível na Farmácia garanta o atendimento de todos os pacientes e haja estruturação da rede frio para garantia da qualidade do armazenamento.

| Cód AME | MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS - AUTORIZADA DISPENSAÇÃO ANTECIPADA PARA ATÉ 2 MESES |
|---------|---|
| 12737 | BEVACIZUMABE 25MG/ML (INJ.) 16ML (EQ.400MG/16ML) #CAM.FRIA.AC# |
| 12739 | LARONIDASE 0,58MG/ML SOL.INJETAVEL #CAM.FRIA# |
| 13286 | ETANERCEPTE 50MG (ENBREL) SOL. INJETAVEL#_CAM. FRIA# |
| 14193 | GALSULFASE 1MG/ML SOL INJ FR 5ML #CAM.FRIA# |
| 14268 | IMIGLUCERASE 400U PO SOL.INJETAVEL #CAM.FRIA# |
| 14331 | SOMATROPINA 36UI(EQ.12MG) PO SOL.INJETAVEL *PT.344/L.C5*#CAMFRIA# |
| 14639 | INSULINA GLULISINA 100UI/ML (CANETA) 3ML(C/ SIST.APLIC)#CAM.FRIA# |
| 15029 | ALFATALIGLICERASE 200U PO SOL.INJETAVEL #CAM.FRIA# |
| 18045 | PERTUZUMABE 420MG/14ML(FA)#CAM.FRIA.AC# |
| 18047 | TRASTUZUMABE ENTANSINA 160MG FA#CAM.FRIAAC# |
| 18198 | BELIMUMABE 120MG PO LIOF INJ (80MG/ML)#CAM. FRIA# |
| 18287 | INSULINA DEGLUDECA 100U/ML INJ 3ML+ SISTAPLICADOR #CAM.FRIA# |
| 18596 | TRAMETINIBE 2MG #CAM.FRIA AC# |
| 20037 | OMALIZUMABE 150MG #CAM.FRIA# |